



# ASKLEPIOS KLINIK SELIGENSTADT

---



## QUALITÄTSBERICHT 2004

**Online-Version**

gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V

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

## Asklepios Klinik Seligenstadt

---

### Basisteil

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

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

Asklepios Klinik Seligenstadt  
Dudenhöfer Str. 9  
63500 Seligenstadt

Telefon: 06182-83-0  
E-Mail: [verwaltung.seligenstadt@asklepios.com](mailto:verwaltung.seligenstadt@asklepios.com)  
Homepage: [www.asklepios.com/seligenstadt](http://www.asklepios.com/seligenstadt)

##### A-1.2 Wie lautet das Institutionskennzeichen des Krankenhauses?

260640743

##### A-1.3 Wie lautet der Name des Krankenhausträgers?

Asklepios Kliniken Langen-Seligenstadt GmbH

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

ja

nein

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

150

Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten:

Stationäre Patienten: 5602

Ambulante Patienten: 912

A-1.7 A Fachabteilungen

Schlüssel nach § 301 SGB V	Name der Klinik	Zahl der Betten	Zahl Fälle	Stationäre	Hauptabt. (HA) oder Belegabt. (BA)	Poliklinik/ Ambulanz ja (j) / nein(n)
100	Innere Medizin	73	3.007	HA		j
1500	Allgemeine Chirurgie	60	1.863	HA		j
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	17	830	BA		n

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

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1	P67	Neugeborenes, Aufnahmege­wicht > 2499 g ohne signifikante Prozedur oder Langzeitbeatmung	283
2	F72	Instabile Angina pectoris	264
3	F62	Herzinsuffizienz und Schock	239
4	E62	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane	163
5	G48	Darmspiegelung, mehr als ein Belegungstag	156
6	G47	Andere Magenspiegelung bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane	140
7	O01	Geburt durch Kaiserschnitt	137
8	I03	Eingriffe am Hüftgelenk	136
9	B80	Andere Kopfverletzungen	131
10	N04	Entfernung der Gebärmutter außer bei bösartiger Neubildung	129
11	F67	Bluthochdruck	124
12	I04	Ersatz des Kniegelenkes und Replantation am Kniegelenk	123
13	G67	Entzündungen der Speiseröhre und des Magen-Darm-Traktes und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane	121
14	J64	Infektion/Entzündung der Haut und Unterhaut	118
15	F71	Nicht schwere Herzrhythmusstörung und Erregungsleitungsstörungen	115
16	F73	Bewußtlosigkeit und Kollaps	111
17	O65	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme	103
18	O60	Vaginale Entbindung	102
19	E65	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung (Asthma)	95
20	G72	Andere leichte bis moderate Erkrankungen der Verdauungsorgane	92
21	G50	Andere Magenspiegelung bei nicht schweren Krankheiten der Verdauungsorgane	82
22	I13	Eingriffe an Knochen des Oberarmes und Unterschenkels und am Sprunggelenk	80
23	H08	Entfernung der Gallenblase durch Bauchspiegelung	75
24	L63	Infektionen der Harnorgane	72
25	G07	Blinddarm Operation	71
26	I68	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich,	71
27	G09	Eingriffe bei Leisten- und Schenkelbrüchen	68
28	V60	Alkoholintoxikation und -entzug	63
29	K62	Verschiedene Stoffwechselerkrankungen	60
30	962	Unzulässige geburtshilfliche Diagnosekombination	59
31	F60	Kreislaufferkrankungen mit akutem Myokardinfarkt, ohne Herzkatheteruntersuchung	59

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

Für psychiatrische Fachkrankenhäuser bzw. Krankenhäuser mit psychiatrischen Fachabteilungen:

Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung?

ja

nein

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

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

- Allgemeine Chirurgie

A-2.1 Apparative Ausstattung und therapeutische Möglichkeiten

A-2.1.1 Apparative Ausstattung

	vorhanden	Verfügbarkeit 24 Stunden sichergestellt
Angiographie In Kooperation Asklepios Klinik Langen	ja	nein
Magnetresonanztomographie (MRT)	nein	nein
Herzkatheterlabor in Kooperation Asklepios Klinik Langen	ja	ja
Elektronenzephalogramm (EEG)	nein	nein
Positronenemissionstomographie (PET)	nein	nein
Röntgen / Durchleuchtung (erweiterte Angaben)	ja	ja
Computertomographie (CT) in Kooperation Asklepios Klinik Langen	ja	ja
Szintigraphie in Kooperation Asklepios Klinik Langen	ja	nein
Schlaflabor	nein	nein
Endoskopie / Bronchoskopie (erweiterte Angaben)	ja	ja

A-2.1.2 Therapeutische Möglichkeiten

	vorhanden
Psychoedukation	nein
Logopädie	nein
Dialyse	nein
Ergotherapie	nein
Eigenblutspende in Kooperation mit ext. Institut	ja
Einzelpsychotherapie	nein
Bestrahlung	nein
Thrombolysen	ja
Gruppenpsychotherapie	nein
Schmerztherapie	ja
Physiotherapie angeliedertes Therapeutikum	ja

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

B-1.1 Name der Fachabteilung:

Allgemeine Chirurgie

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

Allgemeinchirurgie  
Orthopädische Chirurgie  
Ambulante Operationen

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung:

Minimal-invasive Chirurgie  
Hüft-Endoprothetik  
Knie-Endoprothetik  
Bandscheiben-Operationsverfahren  
Proktologie  
Ambulante Operationen  
Onkologische Chirurgie  
Notfallversorgung

B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung:

[www.dkmic.de](http://www.dkmic.de)  
[www.bandscheibenvorfall.de](http://www.bandscheibenvorfall.de)

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

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1	I03	Eingriffe am Hüftgelenk	136
2	B80	Andere Kopfverletzungen	130
3	I04	Ersatz des Kniegelenkes und Replantation am Kniegelenk	123
4	J64	Infektion/Entzündung der Haut und Unterhaut	94
5	G72	Andere leichte bis moderate Erkrankungen der Verdauungsorgane	90
6	I13	Eingriffe an Knochen des Oberarmes und Unterschenkels und am Sprunggelenk	80
7	H08	Entfernung der Gallenblase durch Bauchspiegelung	75
8	G07	Blinddarm Operation	70
9	I68	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich,	69
10	G09	Eingriffe bei Leisten- und Schenkelbrüchen	67
11	G11	Andere Eingriffe am Anus	48
12	G02	Große Eingriffe an Dünn- und Dickdarm	41
13	I08	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Oberschenkelknochen	39
14	J65	Verletzung der Haut, Unterhaut und weiblichen Brust	35
15	I18	Andere Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm	32
16	I27	Eingriffe am Weichteilgewebe	32
17	G08	Eingriffe bei Bauchwandbrüchen, Nabelbrüchen und anderen Hernien, Alter > 0 Jahre	26
18	G65	Krankhafte Verengung oder Verschuß des Verdauungstraktes	24
19	I62	Frakturen an Becken und Schenkelhals	23
20	L63	Infektionen der Harnorgane	21

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

Rang	ICD-10 Nummer* (3-stellig)	Fälle Absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	S06	144	Verletzung des Gehirns
2	M17	124	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]
3	K80	89	Steine der Gallenblase und der Gallenwege
4	M16	88	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]
5	S72	87	Knochenbruch des Oberschenkels
6	S82	81	Knochenbruch des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes
7	K40	69	Leistenbruch
8	K36	59	Sonstige Blinddarmentzündung
9	K35	54	Akute Blinddarmentzündung
10	S32	53	Knochenbruch der Lendenwirbelsäule und des Beckens
11	K37	49	Nicht näher bezeichnete Appendizitis
12	L02	46	Hautabszeß, Furunkel und Karbunkel
13	K56	42	Darmlähmung oder -verschluss ohne Weichteilbruch
14	L03	42	Bakterielle Entzündung der Unterhaut (Phlegmone)
15	I84	36	Hämorrhoiden
16	S22	32	Bruch der Rippe(n), des Brustbeins und der Brustwirbelsäule
17	K57	31	Divertikuloose (Ausstülpungen) des Darmes
18	S42	30	Knochenbruch im Bereich der Schulter und des Oberarmes
19	T84	27	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate
20	S52	25	Knochenbruch des Unterarmes

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

Rang	OPS- 301 Nummer (4-stellig)	Fälle Absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klerschrift (deutsch)
1	5-820	136	Implantation eines künstlichen Hüftgelenkes
2	5-822	119	Implantation eines künstlichen Kniegelenkes
3	8-831	110	Legen, Wechsel und Entfernung eines Katheters in zentralvenöse Gefäße
4	5-511	90	Entfernung der Gallenblase
5	5-793	84	Offenes Einrichten eines einfachen Bruches im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens
6	5-530	77	Verschuß eines Leistenbruchs
7	5-893	73	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
8	5-470	72	Blinddarmoperation
9	5-892	71	Andere Inzision an Haut und Unterhaut
10	8-931	59	Engmaschige Überwachung der Vitalparameter mit Messung des zentralen Venendruckes auf einer Intensivstation
11	5-794	57	Offenes Einrichten eines Mehrfragment-Bruches im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens mit Stabilisierung durch Implantate
12	5-787	55	Entfernung von Implantaten nach operativer Versorgung von Knochenbrüchen
13	5-812	51	Gelenkspiegelung mit Eingriff am Gelenkknorpel und den Menisken
14	5-900	47	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut
15	5-493	38	Operative Behandlung von Hämorrhoiden
16	1-650	36	Dickdarmspiegelung
17	5-469	35	Andere Operationen am Darm
18	8-930	34	Engmaschige Überwachung der Vitalparameter auf einer Intensivstation
19	1-632	30	Diagnostische Spiegelung des Magens und Zwölffingerdarms
20	8-401	29	Extension durch Knochendrahtung (Kirschner-Draht)

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

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

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

B-1.1 Name der Fachabteilung:

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

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

Gynäkologie  
Geburtshilfe  
Senologie  
Hebammen-Sprechstunden  
Ambulante Operationen

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung:

Behandlung von Tumorerkrankungen (Brust und Genitalorgane)  
Behandlung von Harninkontinenz  
Behandlung von gutartigen Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane und der Brust  
Entbindungen  
Brustzentrum

B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung:

Endoskopische Operationen  
Ambulante Eingriffe  
Südwestdeutsches Brustzentrum - Asklepios - DKD

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

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
1	P67	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g ohne signifikante Prozedur oder Langzeitbeatmung	284
2	O60	Vaginale Entbindung	146
3	O01	Geburt durch Kaiserschnitt	139
4	N04	Entfernung der Gebärmutter außer bei bösartiger Neubildung	129
5	O65	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme	99
6	O64	Wehen ohne folgende Geburt	31
7	N07	Andere Eingriffe an Gebärmutter und Eierstöcken außer bei bösartiger Neubildung	26
8	N10	Diagnostische Ausschabung, Spiegelung, Sterilisation, Pertubation	24
9	O40	Schwangerschaftsabbruch oder Fehlgeburt mit Ausschabung oder Eröffnung der Gebärmutter	20
10	N09	Andere Eingriffe an Scheide und Gebärmuttermund	19

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

Rang	ICD-10 Nummer* (3-stellig)	Fälle Absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	Z38	288	Neugeborener Säugling
2	D25	85	Leiomyom (Gutartige Neubildung der Gebärmutter-Muskulatur)
3	O80	82	Spontangeburt eines Einlings
4	O26	69	Betreuung der Mutter bei sonstigen Zuständen, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind
5	O60	44	Vorzeitige Wehen und Entbindung
6	O82	38	Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung [Sectio caesarea]
7	O70	33	Dammriß unter der Geburt
8	N81	32	Genitalprolaps bei der Frau
9	N83	28	Nichtentzündliche Krankheiten der Eileiter und Eierstöcke
10	O68	27	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distreß [fetal distress] [fetaler Gefahrenzustand]

Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien.

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

Rang	OPS-301 Nummer (4-stellig)	Fälle Absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	9-262	306	Zusatzkode für die Versorgung aller (auch der gesunden) neugeborenen Kinder im Krankenhaus
2	5-749	153	Andere Kaiserschnitt-Entbindung
3	9-260	138	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt
4	5-683	136	Entfernung der Gebärmutter
5	5-704	128	Straffung des Beckenbodens der Frau bei Inkontinenz und Senkung des inneren Genitales
6	5-738	76	Dammschnitt unter der Geburt und Naht
7	5-758	57	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Geburtsverletzung (Dammriß)
8	5-690	40	Ausschabung der Gebärmutter
9	1-471	40	Entnahme einer Gewebeprobe von der Gebärmutter-schleimhaut
10	1-694	29	Spiegelung der Bauchhöhle
11	8-910	29	Rückenmarksnahe Injektion und Infusion zur Schmerztherapie

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

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

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

B-1.1 Name der Fachabteilung:

Innere Medizin

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

Gesamtes Spektrum der Inneren Medizin (incl.Intensiv-Notfallmedizin),  
Diagnostik und Behandlung von Erkrankungen der Verdauungsorgane (Gastroenterologie),  
Interdisziplinäre Diagnostik und Behandlung von Tumorerkrankungen (Onkologie),  
Diagnostik und Therapie von Herz-Kreislauf-Erkrankungen einschließlich Schrittmacher-  
Implantation (Kardiologie),  
Diagnostik und Behandlung von Erkrankungen der Lunge,  
Diagnostik und Behandlung von Erkrankungen Gefäße.

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung:

Gastroenterologie  
Interdisziplinäre Onkologie  
Kardiologie  
Schrittmacherimplantation und -Kontrollen  
Ambulante Diagnostik

B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung:

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

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1	F72	Instabile Angina pectoris	264
2	F62	Herzinsuffizienz und Schock	237
3	E62	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane	163
4	G48	Darmspiegelung, mehr als ein Belegungstag	140
5	G47	Andere Magenspiegelung bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane	138
6	F67	Bluthochdruck	124
7	F71	Nicht schwere Herzrhythmusstörung und Erregungsleitungsstörungen	115
8	F73	Bewußtlosigkeit und Kollaps	105
9	G67	Entzündungen der Speiseröhre und des Magen-Darm-Traktes und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane	101
10	E65	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung (Asthma)	95
11	G50	Andere Magenspiegelung bei nicht schweren Krankheiten der Verdauungsorgane	81
12	V60	Alkoholintoxikation und -entzug	63
13	F60	Kreislaufkrankungen mit akutem Myokardinfarkt, ohne Herzkatheteruntersuchung	59
14	K62	Verschiedene Stoffwechselerkrankungen	59
15	X62	Vergiftungen / Toxische Wirkungen von Drogen, Medikamenten und anderen Substanzen	56
16	K60	Diabetes mellitus	46
17	L63	Infektionen der Harnorgane	46
18	B70	Schlaganfälle	41
19	G49	Darm- und Magenspiegelung, ein Belegungstag	39
20	F63	Venenthrombose	37

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

Rang	ICD-10 Nummer* (3-stellig)	Fälle Absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	I20	283	Brustschmerz infolge Mangel durchblutung des Herzmuskels
2	I50	239	Herzschwäche
3	J18	143	Lungenentzündung durch nicht bezeichneten Erreger
4	I10	122	Bluthochdruck
5	R55	103	Bewußtlosigkeit und Kollaps
6	J44	93	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit
7	K92	92	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems
8	I48	89	Vorhofflattern und Vorhofflimmern des Herzens
9	K29	71	Entzündung von Magen und Dünndarm
10	F10	63	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol
11	I21	63	Akuter Herzinfarkt
12	A09	59	Durchfälle und Erbrechen, vermutlich infektiösen Ursprungs
13	K57	54	Divertikulose (Ausstülpungen) des Darmes
14	E86	43	Flüssigkeitsmangel infolge Verlust oder verminderter Aufnahme
15	N39	42	Sonstige Krankheiten des Harnsystems
16	R10	41	Bauch- und Beckenschmerzen
17	K56	40	Darmlähmung oder -verschluss ohne Weichteilbruch
18	I80	36	Verschluss oder Entzündung der Venen
19	E11	32	Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) mit spätem Beginn, nicht primär insulinabhängig
20	K80	32	Steine der Gallenblase und der Gallenwege

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

Rang	OPS- 301 Nummer (4-stellig)	Fälle Absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	8-930	850	Engmaschige Überwachung der Vitalparameter auf einer Intensivstation
2	1-632	568	Diagnostische Spiegelung des Magens und Zwölffingerdarms
3	1-440	446	Entnahme einer Gewebeprobe vom oberen Verdauungstrakt, Gallengängen oder Bauchspeicheldrüse, endoskopisch
4	1-650	333	Dickdarmspiegelung
5	8-390	148	Lagerungsbehandlung auf einer Intensivstation zur Vorbeugung von Druckgeschwüren
6	8-900	136	Intravenöse Anästhesie
7	3-200	115	Native Computertomographie des Schädels
8	8-831	99	Legen, Wechsel und Entfernung eines Katheters in zentralvenöse Gefäße
9	1-444	92	Entnahme einer Gewebeprobe vom unteren Verdauungstrakt, endoskopisch
10	3-225	66	Computertomographie des Bauchraumes mit
11	3-207	50	Native Computertomographie des Bauchraumes
12	3-220	46	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel
13	3-820	42	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel
14	5-513	42	Endoskopische Operationen an den Gallengängen
15	5-377	41	Implantation eines Herzschrittmachers und Defibrillators
16	5-469	40	Andere Operationen am Darm
17	8-718	39	Zusatzcode, der die Dauer der maschinellen Beatmung angibt
18	8-152	38	Therapeutische Punktion des Brustkorbes
19	8-931	33	Engmaschige Überwachung der Vitalparameter mit Messung des zentralen Venendruckes auf einer Intensivstation

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

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

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

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

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

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

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

Abteilung	Anzahl der beschäftigten Ärzte	Anzahl Ärzte in der Weiterbildung	Anzahl Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung
100 Innere Medizin	9,00	5,00	4,00
1500 Allgemeine Chirurgie	12,00	8,00	4,00
2400 Frauenheilkunde und Geburtshilfe	0,00	0,00	0,00

Anzahl der Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis (gesamtes Krankenhaus):

Abteilung	Anzahl der beschäftigten Pflegekräfte insgesamt	Prozentualer Anteil der examinierten Krankenschwester	Prozentualer Anteil der Krankenschwestern/-pfleger mit entsprechender Fachweiterbildung (3 Jahre plus)	Prozentualer Anteil Krankenpflegehelfer/ in (1 Jahr)
100 Innere Medizin	35,00	93,34	0,00	6,66
1500 Allgemeine Chirurgie	31,00	86,68	0,00	13,32
2400 Frauenheilkunde und Geburtshilfe	0,00	0,00	0,00	0,00

## C Qualitätssicherung

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

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

Leistungsbereich	Leistungsbereich wird vom Krankenhaus erbracht		Teilnahme an der externen Qualitätssicherung		Dokumentationsrat	
	ja	nein	ja	nein	Krankenhaus	Bundesdurchschnitt
1 Aortenklappenchirurgie		X		X	0,00	100,00
2 Cholezystektomie	X		X		97,80	100,00
3 Gynäkologische Operationen	X		X		94,40	94,65
4 Herzschrittmacher-Erstimplantation	X		X		46,51	95,48
5 Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	X		X		0,00	100,00
6 Herzschrittmacher-Revision	X		X		0,00	74,03
7 Herztransplantation		X		X	0,00	94,26
8 Hüftgelenknahe Femurfraktur (ohne subtrochantäre Frakturen)	X		X		11,60	95,85
9 Hüft-Totalendoprothesen-Wechsel	X		X		12,50	92,39
10 Karotis-Rekonstruktion		X		X	0,00	95,95
11 Knie-Totalendoprothese (TEP)	X		X		101,83	98,59
12 Knie-Totalendoprothesen-Wechsel	X		X		114,29	97,38
13 Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie		X		X	0,00	100,00
14 Koronarangiografie / Perkutane transluminale Koronarangioplastie (PTCA)	X		X		4,29	99,96
15 Koronarchirurgie		X		X	0,00	100,00
16 Mammachirurgie	X		X		11,11	91,68
17 Perinatalmedizin	X		X		97,79	99,31
18 Pflege: Dekubitusprophylaxe mit Kopplung an die Leistungsbereiche 1, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 19		X		X	0,00	0,00
19 Totalendoprothese (TEP) bei Koxarthrose	X		X		94,32	98,44
Summe					95,58	0,00

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

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

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

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

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

Apoplex Akut-Dokumentation (Landesverpflichtend Hessen)  
Vollerhebung Fachbereich Gynäkologie (Hessen)

Tumordatenbank:  
Mamma-Karzinom

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

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

## Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V

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

\$-427.13		Nein	0	0	0
\$-427.14		Nein	0	0	0
\$-427.1x		Nein	0	0	0
\$-427.21		Nein	0	0	0
\$-427.22		Nein	0	0	0
\$-427.23		Nein	0	0	0
\$-427.24		Nein	0	0	0
\$-427.2x		Nein	0	0	0
\$-427.x1		Nein	0	0	0
\$-427.x2		Nein	0	0	0
\$-427.x3		Nein	0	0	0
\$-427.x4		Nein	0	0	0
\$-427.xx		Nein	0	0	0
\$-427.y		Nein	0	0	0
\$-429.2		Nein	0	0	0
\$-438.01		Nein	0	0	0
\$-438.02		Nein	0	0	0
\$-438.03		Nein	0	0	0
\$-438.04		Nein	0	0	0
\$-438.0x		Nein	0	0	0
\$-438.11		Nein	0	0	0
\$-438.12		Nein	0	0	0
\$-438.13		Nein	0	0	0
\$-438.14		Nein	0	0	0
\$-438.1x		Nein	0	0	0
\$-438.x1		Nein	0	0	0
\$-438.x2		Nein	0	0	0
\$-438.x3		Nein	0	0	0
\$-438.x4		Nein	0	0	0
\$-438.xx		Nein	0	0	0
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	5				
\$-521.0		Nein	0	0	0
\$-521.1		Nein	0	0	0
\$-521.2		Nein	0	0	0
\$-523.2		Nein	0	0	0
\$-523.x		Nein	0	0	0
\$-524		Nein	0	0	0
\$-524.0		Nein	0	0	0
\$-524.1		Nein	0	0	0
\$-524.2		Nein	0	0	0
\$-524.3		Nein	0	0	0
\$-524.x		Nein	0	0	0
\$-525.0		Nein	0	0	0
\$-525.1		Nein	0	0	0
\$-525.2		Nein	0	0	0
\$-525.3		Nein	0	0	0
\$-525.4		Nein	0	0	0
\$-525.x		Nein	0	0	0
Lebertransplantation	10				
\$-502.0		Nein	0	0	0
\$-502.1		Nein	0	0	0
\$-502.2		Nein	0	0	0
\$-502.3		Nein	0	0	0
\$-502.5		Nein	0	0	0
\$-502.x		Nein	0	0	0
\$-502.y		Nein	0	0	0
\$-503.0		Nein	0	0	0
\$-503.1		Nein	0	0	0
\$-503.2		Nein	0	0	0
\$-503.3		Nein	0	0	0
\$-503.x		Nein	0	0	0
\$-503.y		Nein	0	0	0
\$-504.0		Nein	0	0	0
\$-504.1		Nein	0	0	0



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

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

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

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

---

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

Für das Berichtsjahr geltend gemachter Ausnahmetatbestand

Ergänzende Maßnahme der Qualitätssicherung

## Systemteil

### D      **Qualitätspolitik**

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

#### **Qualitätsphilosophie**

Qualitätsmanagement ist in der Unternehmensstrategie der ASKLEPIOS Gruppe verankert und hat seit 2002 einen hohen Stellenwert in unserer Klinik. Im Sinne der ASKLEPIOS Unternehmensgrundsätze Mensch-Medizin-Mitverantwortung betreiben wir ein Qualitätsmanagement, das die Interessen und das Wohl unserer Patienten in den Vordergrund stellt.

#### **Qualitätsziele**

Die Qualitätsziele sind Bestandteil der jährlichen Gesamtzielplanung der ASKLEPIOS Kliniken Langen-Seligenstadt. Sie orientieren sich am medizinischen Leistungsspektrum der Kliniken, an unserem 2004 erstellten Klinikleitbild und den konzernweiten Unternehmensgrundsätzen Mensch-Medizin-Mitverantwortung.

Ziele des Qualitätsmanagements der Asklepios Klinik Seligenstadt

- Steigerung der Zufriedenheit von: Patienten, Angehörigen, Besuchern, Mitarbeitern, Einweisern, Kostenträgern, Kooperationspartnern und der Öffentlichkeit,
- Erkennen von Verbesserungspotentialen durch regelmäßige Qualitätsprüfungen und
- Zeitnahe Reaktion bei der Umsetzung von Verbesserungspotentialen.

**Folgende Qualitätsziele wurden im Qualitätszielplan für die Asklepios Klinik Seligenstadt im Jahr 2004 festgelegt:**

- Erstellung eines Selbstbewertungsberichtes für die Asklepios Klinik Seligenstadt zur Ableitung einer Stärken - Schwächenanalyse und Einleitung von Verbesserungsmaßnahmen. Ziel ist die Erlangung des Gütesiegels „Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen“ (KTQ®) im Jahr 2006.
- Erarbeitung eines Leitbildes für die Asklepios Kliniken Langen-Seligenstadt GmbH durch eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe,
- Durchführung von standardisierten Patienten-, Mitarbeiter- und Einweiserbefragungen,
- Darstellung aller Fachabteilungen i. R. der Klinik-Internetpräsenz.

Davon abgeleitet wurden für die einzelnen Fachabteilungen z. B. folgende Ziele festgelegt:

- Rezertifizierung, d.h. erneute Vergabe des Gütesiegels nach DIN EN ISO 9001:2000 im Bereich Senologie, d.h. bei Brustkrankungen der Frau (i.R. des „Südwestdeutschen Brustzentrum Asklepios - DKD“),
- Enge fachärztl. Kooperation der Abt. für Innere Medizin mit den niedergelassenen Praxen der Umgebung i. R. der regelmäßigen, zweimonatlichen „Klinischen Visite“,
- Kooperationen i.R. von konsiliarischen Tätigkeiten durch Schwerpunktpraxen für Onkologie, Neurologie und Diabetologie,
- Öffentlichkeitsarbeit der Fachabteilungen i. R. der regionalen Patienten-Informationen-Vorträge zu aktuellen medizinischen Themen.

### **Qualitätsmanagementansatz**

Grundlage aller Qualitätsmanagement-Aktivitäten der ASKLEPIOS Klinik Seligenstadt ist das bei ASKLEPIOS entwickelte Modell für Integriertes Qualitätsmanagement (AMIQ). Dieses in die vier Bausteine Prozessführung, Ergebnismessung, Bewertung und Optimierung gegliederte Modell wird stufenweise in allen Einrichtungen der ASKLEPIOS Gruppe implementiert und fortwährend ausgebaut.

Es umfasst die Struktur-, Prozess-, und Ergebnisqualität. Es erfolgt eine systematische Beschreibung / Überprüfung aller Abläufe und Strukturen, der Ausbau von Stärken, die Arbeit an Verbesserungspotentialen sowie die Messung und Überwachung der Qualität.

Diese Aspekte werden in der ASKLEPIOS Klinik Seligenstadt wie folgt umgesetzt:

### **Patientenorientierung**

Die Aktivitäten orientieren sich an den drei Hauptanliegen „Mensch-Medizin-Mitverantwortung“. Sie werden durch das AMIQ mit dem Ziel einer kontinuierlichen Patientenorientierung aktiv in der täglichen Arbeit umgesetzt.

In der ASKLEPIOS Klinik Seligenstadt wird im Abstand von zwei Jahren eine Patientenbefragung durchgeführt, um die Patientenzufriedenheit zu ermitteln und die Versorgung zielgerichtet zu verbessern. Folgende Maßnahmen konnten z.B. aus Rückmeldungen unserer Patienten abgeleitet werden:

- Erarbeitung und Aktualisierung der Patientenbroschüre „Ihre Klinik von A bis Z“,
- Etablierung des eigenen moderierten Patientenradioprogrammes u. Patienten - TV „Radio Aktiv“ (Wunschprogramme)
- Erstellung eines Patienteninformationsfilms für die Asklepios Kliniken Langen und Seligenstadt,
- patientenorientierter Aushang fester Tagesabläufe in allen Fachabteilungen,
- Verbesserung des Ambientes und der Krankenhaus-Wegelogistik
- Einrichtung eines Lob- und Kummerkastens für Patientenbeschwerden und Anregungen,
- Etablierung der „Sonnenblumen“, einer ehrenamtlichen Betreuungshilfe für Patienten.

### **Verantwortung der Führung**

Die Klinikleitung sowie alle Abt. sind in das Qualitätsmanagement eingebunden und verantwortlich für die Umsetzung der Qualitätsziele. Dieses erfolgt durch die Erstellung und Verabschiedung des jährlichen Qualitätszielplanes. Die Umsetzung der gesetzten Qualitätsziele liegt in der Verantwortung der Leitungs- und Führungskräfte aller Hierarchieebenen.

### **Wirtschaftlichkeit**

Die Sicherstellung der hochwertigen medizinischen Versorgung steht im Vordergrund der Klinikarbeit. Die Qualität der medizinischen Versorgung wird ständig überprüft, um sie, an den gegebenen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen angepasst, auf einem hohen Niveau zu halten.

### **Prozessorientierung**

Die Asklepios Klinik Seligenstadt arbeitet mit ärztlichen Leitlinien und pflegerischen Standards, die zu einer kontinuierlichen Prozessverbesserung beitragen. Dabei nimmt die Arbeit mit Behandlungspfaden – insbesondere unter dem Eindruck der DRG-Einführung und der damit verbundenen Leistungsverdichtung – einen breiten Raum ein.

### **Mitarbeiterorientierung und -beteiligung**

Jeweils im Abstand von zwei Jahren erfolgt in der ASKLEPIOS Klinik Seligenstadt eine Mitarbeiterbefragung, um die Zufriedenheit der Mitarbeiter mit ihrem Arbeitsplatz und ihrem Umfeld zu überprüfen. Neben der Möglichkeit zur aktiven Beteiligung an Verbesserungsprozessen werden durch die Geschäftsführung folgende Maßnahmen für Mitarbeiter angeboten:

- Interne Fort- und Weiterbildungsangebote,
- regelmäßige Mitarbeiterversammlungen und Führungsinformationstermine,
- Innerbetriebliches Vorschlagswesen mit Prämienvergabe für umgesetzte Vorschläge,
- Regelmäßige praktische Anleitung der Krankenpflegeschüler (qualifizierte Praxisanleiter),
- Angebot an Aus- und Weiterbildung im Bereich der Krankenpflege, im Funktions- und Ärztlichen Dienst,
- Rotations- und Wechselmöglichkeit i. R. der Asklepios Gruppe.

### **Zielorientierung und Flexibilität**

Die Geschäftsführung und der Träger legen sich unter den Prämissen einer nachhaltigen und langfristig positiven Unternehmensentwicklung (Ausbau des medizinischen Leistungsspektrums, Erschließung weiterer Geschäftsfelder, qualifizierte Personalauswahl) auf eine strukturierte Zielplanung fest. Diese basiert jährlich auf der kontinuierlichen Auswertung der Unternehmensergebnisse. Unter Berücksichtigung dieser und unter Beachtung regionaler Einflüsse und Entwicklung wird die jährliche Zielplanung dann permanent überprüft und ggf. zeitnah aktualisiert. I. R. dieser Überprüfung ist es der Geschäftsführung dann möglich, den Grad der Zielerreichung festzustellen.

### **Fehlervermeidung und Umgang mit Fehlern**

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

Wir fordern unsere Partner auf, Wünsche und Beschwerden zu äußern. Über folgende Maßnahmen erfolgt eine systematische Sammlung und Auswertung von Kundenwünschen und -beschwerden:

- Regelmäßige Befragung von Patienten, Mitarbeitern und niedergelassenen Ärzten,
- Lob- und Kummerkasten im Eingangsbereich der Klinik,
- Beschwerden und Anregungen von Patienten, die direkt an die Klinikmitarbeiter oder die Patientenfürsprecherin gerichtet werden.

### **Kontinuierlicher Verbesserungsprozess**

Mit dem Ziel der kontinuierlichen Verbesserung, werden regelmäßig Schwachstellen-Analysen durch Selbst- und Fremdbewertungen (Überprüfung durch interne und externe Gutachter) durchgeführt. Die danach eingeleiteten Verbesserungsmaßnahmen werden gleichwohl einer kontinuierlichen Bewertung u. Optimierungen unterzogen. An jeder Bewertung, als auch an der Optimierung sind Mitarbeiter der Klinikbereiche eingebunden. Jeder an der Patientenversorgung Beteiligte ist für die Qualitätssteigerung der Krankenhausleistung mit verantwortlich und hat daran mitzuwirken.

### **Kommunikation der Qualitätspolitik**

Die Aktivitäten des Qualitätsmanagement und die Definition der Qualitätsziele werden unseren Patienten, der interessierten Öffentlichkeit, wie auch den Mitarbeitern mitgeteilt. Hierzu dienen:

- Veranstaltungen für Patienten, Besucher u. Öffentlichkeit innerhalb und außerhalb unserer Klinik - i. R. von Vorträgen (z.B. Moderne Behandlung des Hüft- und Knieverschleiss, Endoskopische Blutstillung, Dickdarmkrebs, Schilddrüsenerkrankungen, Harninkontinenz der Frau),
- Abteilungsflyer und Flyer zu bestimmten Erkrankungen,
- Darstellungen und Berichte in der Asklepios Konzernzeitung „Asklepios intern“ sowie den Regionalzeitungen,
- Webauftritte ( LINKS im Anhang)

## **E Qualitätsmanagement und dessen Bewertung**

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

Im Folgenden werden die Strukturen des Qualitätsmanagement in der Asklepios Klinik Seligenstadt beschrieben.

#### **Geschäftsführung**

Die Hauptverantwortung für das Qualitätsmanagement liegt bei der Geschäftsführung in Kooperation mit der Verwaltungsleitung.

Aufgaben:

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

#### **Abteilungsleiter**

Sie sind verantwortlich für das Qualitätsmanagement in ihren Abteilungen und Multiplikatoren, Weitergabe von Informationen hinsichtlich des Qualitätsmanagements.

### **Qualitätsbeauftragter**

Der Qualitätsbeauftragte berät die Geschäftsführung / Verwaltungsleitung in Stabsfunktion. Er ist für die Initiierung, Begleitung und Koordination der Maßnahmen des Qualitätsmanagements in Absprache mit der Verwaltungsleitung verantwortlich.

Aufgaben:

- Organisation, Koordinierung und Betreuung der im Qualitätsmanagement übertragenen Maßnahmen und Beratung der Verwaltungsleitung im Bereich Qualitätsmanagement,
- Koordinierung der Tätigkeit von Qualitätszirkeln und Projektgruppen und Information an die Klinikmitarbeiter über Maßnahmen im QM,
- Transparente Darstellung der Erreichung der Qualitätsziele und deren Verbesserungspotentiale,
- Auswertung des Beschwerdemanagements und Betreuung der ärztlichen und pflegerischen Qualitätssicherung.

### **Qualitätsverantwortliche**

Für die Berufsgruppe der Pflege und den ärztlichen Dienst wurde jeweils ein Qualitätsverantwortlicher benannt. Dadurch ist gewährleistet, dass die Arbeit des Qualitätsmanagements in den betroffenen Bereichen bekannt ist und somit auf eine breite Akzeptanz und Unterstützung aller Mitarbeiter trifft.

### **Klinik- und Qualitätskonferenz**

Die Qualitätskonferenz findet quartalsweise statt. Teilnehmer sind:

- der Geschäftsführer der ASKLEPIOS Klinik Langen-Seligenstadt,
- die Verwaltungsleiterin der Asklepios Klinik Seligenstadt,
- der ärztliche Direktor,
- die Pflegedirektorin, der Assistent der PD und die Pflegedienstleitung Seligenstadt,
- der Qualitätsbeauftragte,
- sowie ein Betriebsratsvertreter.

Aufgaben:

- Koordinierung der Qualitätsmanagement - Aktivitäten,
- kontinuierliche Festlegung von Verbesserungsmaßnahmen,
- Einrichtung von Qualitätszirkeln, Projektgruppen
- Bewertung der Ergebnisse von Qualitätsmanagement-Aktivitäten im Rahmen von Qualitätszirkeln und Projektgruppen.

## **Qualitätszirkel**

### Aufgabe:

- Die Erarbeitung von Lösungsvorschlägen zu einem vorgegebenen zumeist aktuellem Thema mit dem Ziel, Abläufe und Strukturen neu zu strukturieren und damit Verbesserungspotentiale umzusetzen.

### Teilnehmer:

- Mitarbeiter aus allen Berufsgruppen und Hierarchieebenen (je nach Themenstellung mind. 1 Mitarbeiter jedes der von der Thematik betroffenen Bereiche).

### Beispiele:

- die Arbeitsgruppe „Pfleger Formularwesen“ hat klinikübergreifend die Prüfung und Überarbeitung der vorhandenen Pflegestandards durchgeführt.
- Die Arbeitsgruppe „Dokumentation“ hat klinikweite Standards zur Patienten-Kurven Dokumentation erarbeitet und entsprechende Überprüfungsverfahren eingeführt.
- Es wurde zur Bearbeitung von patientenbezogenen Fragestellungen ein interdisziplinäres Ethikkomitee für die Kliniken Langen-Seligenstadt eingerichtet.

## **Projektgruppe**

### Aufgabe:

- Konzeptionelle Bearbeitung eines vorgegebenen Themas aus der Klinik- und Qualitätskonferenz

### Teilnehmer:

- Fachexperten hinsichtlich der Thematik

### Beispiele:

- Gründung interdisziplinärer Projektgruppen unter Begleitung durch die zentralen Dienste DRG-, Medizin- und Qualitätsmanagement, die indikationsspezifische klinische Behandlungspfade erarbeiten und in der Praxis etablieren,
- Erarbeitung und Aktualisierung aller Abläufe in der zentralen Abteilung Sterilgutversorgung mit dem Ziel der Validierung der Sterilisation, Aktualisierung und Vereinheitlichung aller OP- Abläufe (unter externer Begleitung),
- Projektgruppen in Zusammenarbeit mit unserem externen Dienstleister, welche mit den Qualitätschecks in Service und Reinigung betraut sind,
- Redaktionsgruppe, welche für die Zusammenstellung und Publikation der Patienten-Mitarbeiterzeitschrift „WIR“ verantwortlich zeichnet,

## **Gremien:**

In der ASKLEPIOS Klinik Seligenstadt sind u.a. folgende Kommissionen und Gremien vorhanden:

- Betriebsleiterrunde,
- Chefarztrunde,
- Fachbereichbezogene Klinikbesprechungen,
- Klinische Fallkonferenzen,
- Stationsleiterrunde,
- Hygienekommission,
- Transfusionskommission,
- Arzneimittel-Kommission,
- Arbeitsschutz- und Sicherheitsausschuss,
- Ethikkomitee,
- Betriebliches Vorschlagwesen.

Die Aufgabe der genannten Gremien ist der Beschluss wesentlicher Maßnahmen innerhalb ihrer Zuständigkeitsbereiche. Projektbezogene Arbeitsgruppen werden nach Bedarf gegründet.

## **Zentrale Dienste Qualitätsmanagement der ASKLEPIOS Kliniken GmbH**

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

Aufgaben:

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

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

Die Bewertung der Qualität erfolgt in kontinuierlich stattfindenden Qualitätsüberprüfungen durch interne Prüfer (Auditoren). Die Planung der Überprüfungen wird jährlich mit Hilfe eines sog. Auditplanes, in dem Zeit, Ort, Personen und Fachabteilung aufgeführt sind, geplant.

Externe Überprüfungen werden durch unabhängige Prüfer (Auditoren/Visitoren) durchgeführt und dienen z.B. der Erlangung und der Fortdauer von extern verliehenen Gütesiegeln.

Beispielhaft hierfür ist die Zertifizierung der Senologie (Brusterkrankung der Frau) der Belegabteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe zu nennen, die auf Grundlage der prozessorientierten DIN EN ISO 9001:2000 im Jahr 2003, im Verbund mit fünf weiteren Kliniken (Matrixzertifizierung) durchgeführt wurde. Die im Rahmen der Zertifizierung in den Jahren 2004 und 2005 durchgeführten externen „Überwachungsaudits“ wurden ebenfalls erfolgreich absolviert.

Anfang 2004 startete das Großprojekt – die Erlangung des KTQ®-Gütesiegels nach dem krankenhausspezifischen Qualitätsmodell „Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen“ (KTQ®), das die Qualitätsmanagement-Arbeit des gesamten Jahres 2004 /2005 prägte. Die Erstellung des KTQ® - Selbstbewertungsberichtes erfolgte unter Einbeziehung aller Klinikbereiche und zahlreicher Klinikmitarbeiter. Dieser Bericht stellte eine umfangreiche Beschreibung der IST-Situation der Klinik dar und war Ausgangspunkt für umzusetzende Verbesserungsmaßnahmen und die Vorbereitungen auf die Zertifizierung nach dem KTQ® - Verfahren. Unterstützend wurden strukturierte Befragungen von Patienten, Mitarbeitern und Einweisern durchgeführt. Im Verlaufe des Jahres wurden die ermittelten Verbesserungspotentiale sukzessive zunächst im Maßnahmenplan dokumentiert und im Verlauf bearbeitet. Der Maßnahmenplan bildet in diesem Verfahren das „Herzstück“ – er wird fortlaufend geführt und die neueste Version ist für alle Mitarbeiter im Intranet jederzeit einsehbar.

Weitere Qualitätsbewertungen erfolgen anhand der regelmäßigen, standardisierten Hygienebegehungen, sowie durch eine halbjährliche Auswertung der Rückmeldungs- und Beschwerdestatistik. In der Küche wird eine halbjährliche, unangemeldete Überprüfung durch ein externes Hygieneinstitut (Lufthansa-Service-GmbH) durchgeführt und die Einhaltung des HACCP (Hazards Analysis and Critical Control Point)-Konzeptes überprüft, welches ein spezielles Konzept zur Hygienesicherung darstellt.

Praxisbeispiele zu weiteren qualitätsrelevanten Bewertungen:

#### **Rückmeldungs- und Beschwerdemanagement**

Halbjährlich wird eine Auswertung der eingegangenen Rückmeldungen und Beschwerden unserer Patienten vorgenommen und der Klinikleitung zur Ableitung von Maßnahmen vorgelegt. Die von dem Beschwerdebeauftragten bearbeiteten Rückmeldungen haben in einer Vielzahl zu einer Verbesserung der Qualität für die Patienten beigetragen.

Im Bereich „Ambiente“ wurden kleine Mängel sofort abgestellt (Zwischenkontrollen der Reinigung). Rückmeldungen wurden zeitnah umgesetzt (z.B. die Ablaufoptimierung der Arztbriefschreibung), sind in den Planungen für die Umbaumaßnahmen enthalten (Neugestaltung und Aufwertung der Patientenzimmer) oder konnten aus medizinischen Gründen leider nicht umgesetzt werden (Handyurlaub im Krankenhaus).

Die im Bereich „Ärzte“ gemachten Rückmeldungen wurden mit den betroffenen Ärzten besprochen, im Anschluß erfolgte eine telefonische oder wenn gewünscht, schriftliche Rückmeldung an den Patienten oder dessen Angehörige durch den ärztlichen Direktor.

Rückmeldungen im Bereich „Organisation“ führten zu Überprüfungen des Prozessflusses mit der Folge, dass z. B. die Mitarbeiter in den Bereichen mit wartenden Patienten oder Angehörigen noch mehr für die Bedürfnisse sensibilisiert wurden. Die im Bereich „Pflege“ ermittelten Rückmeldungen ( z.B. Mängel im Stationsablauf und mangelnde Patientenorientierung) wurden allesamt mit den betroffenen Mitarbeiter besprochen und im Anschluß durch eine telefonische oder wenn gewünscht schriftliche Rückmeldung an den Patienten oder dessen Angehörige reflektiert. Die im Bereich „Service“ vermehrt eingegangenen Rückmeldungen bezogen sich zumeist auf die Qualität / Angebot der ausgegebenen Mahlzeiten und konnten im persönlichen Gespräch durch leitende KüchenmitarbeiterInnen zumeist geklärt werden.

Fazit: Jede Rückmeldung wurde ernst genommen, erfasst und auf Wunsch mit dem Verfasser ein Gespräch geführt, umzusetzende Maßnahmen wurden nach Machbarkeit umgesetzt, Organisationsfehler analysiert und nach Rücksprache mit der Fachbereichsleitung für die Zukunft vermieden.

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

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

<b>Modul</b>	<b>Komplikationsrate</b>	<b>Mortalitätsrate</b>
HSM 9-1	10,00%	0,00%
HSM 9-2	0,00%	0,00%
HSM 9-3	0,00%	0,00%
Galle	2,25%	0,00%
Gyn	0,54%	0,00%
SHF 17-1	7,79%	5,19%
Hüft 17-2	3,61%	0,00%
Hüftwe 17-3	0,00%	0,00%
Knie TEP 17-5	4,50%	0,00%
Knie TEP Wechsel 17-7	12,50%	0,00%
Geburt	2,63%	0,00%

### F Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum

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

## Projekte

Im Jahre 2004 wurden in der Asklepios Klinik Seligenstadt zahlreiche Projekte zur internen und externen Qualitätssicherung umgesetzt, die zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität führten.

### Ausbau der Organisationsstrukturen Senologie im Rahmen des „Südwestdeutschen Brustzentrums ASKLEPIOS - DKD“ (Matrixzertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2000)

#### Ziele:

- Qualitätsverbesserung durch sektorübergreifende interdisziplinäre medizinisch-pflegerisch und psychische Betreuung,
- Bildung eines Netzwerkes zwischen ambulanter und stationärer Betreuung in Zusammenarbeit den unterschiedlichen Fachabteilungen wie z.B. OP, Nuklearmedizin, Onkologie und Strahlentherapie (Implementierung in das interdisziplinäre Asklepios Tumor-Centrum Rhein-Main der Asklepios Klinik Wiesbaden, das wöchentliche, klinikübergreifende Patientenkonferenzen, d.h. Fallbesprechungen durchführt).

#### Maßnahmen:

- Erstellung und regelmäßige Aktualisierung des Qualitätsmanagementhandbuches für das Südwestdeutsche Brustzentrum (SWBZ ASKLEPIOS - DKD)
- Durchführung interner und externer Qualitätsprüfungen im Matrixverbund der beteiligten Brustkliniken
- Durchführung einer Patientenbefragung in der Gesamtklinik (Aufschlüsselung nach Fachabteilung) zur Prozessqualität und Patientenzufriedenheit durch den Qualitätsbeauftragten,
- Erstellung und Pflege der spezifischen Patienten - Internetseite ([www.asklepios.com/brustzentrum](http://www.asklepios.com/brustzentrum)),
- Erstellung und Verteilung von Broschüren,
- Informationsvorträge bei Patientinnen und Interessierten der Region.

### Aufbau des Endoskopischen Ausbildungszentrums der Abteilung Innere Medizin (Referenz-Zentrum für Endoskopie Workshops)

#### Ziele:

- Vermittlung von umfassenden theoretischen Kenntnissen und praktischen Fertigkeiten in der endoskopischen Diagnostik und Intervention
- Regionaler Anbieter von Ausbildungskursen für Ärzte und Assistenzberufe an der Asklepios Kliniken Seligenstadt,

#### Maßnahmen:

- Strukturelle und personelle Ausstattung einer Endoskopie-Abteilung, angelehnt an den aktuellen wissenschaftlichen Standard
- Umsetzung eines strukturierten Ausbildungskonzeptes: Kooperationspartner des „Erlanger Chirurgie & Endoskopie Trainingszentrums (ECE)“ unter Verwendung des Erlanger-Endo-Trainers (Simulationstechnik mit biologischem Gewebe für die Teamarbeit mit dem Assistenzpersonal) <http://www.endo-trainer.de/ece/german/index.php>
- Fachvorträge für Mediziner, Patienten und Interessierte

## Optimierung von Pflegestandards

### Ziele:

- Überarbeitung der bestehenden Pflegestandards in der Asklepios Kliniken Seligenstadt,
- Berücksichtigung der Professionalität in der Krankenpflege,
- digitale Aufbereitung (Intranet).

### Maßnahmen:

- Gründung einer Arbeitsgruppe, bestehend aus fachlich qualifizierten Mitarbeiterinnen, die darüber hinaus fortbestehen bleibt und die jährlichen Revisionen nach allgemein gültiger Lehrmeinung und Aktualität durchführt,
- Verstärkte Zusammenarbeit der Arbeitsgruppe mit der EDV / Qualitätsmanagement-Abteilung im Bereich der digitalen Aufbereitung dieser Daten.

## Umsetzung des nationalen Dekubitus-Standards

### Ziel:

- Implementierung des nationalen Expertenstandards zur Dekubitusprophylaxe (Vorbeugung eines Druckgeschwürs) in der Pflege.

### Maßnahmen:

- Einarbeitung des nationalen Expertenstandards zur Dekubitusprophylaxe (Vorbeugung eines Druckgeschwürs) in die überarbeiteten Pflegestandards mit mindestens jährlicher Überprüfung auf Aktualität.
- Fortbildung der Mitarbeiter zum Thema „Vermeidung von Dekubiti - Dekubitusprophylaxe“, Hautpflege und Ausbildung von Pflegeexperten im Wundmanagement

### **Weitere Projekte und Arbeiten in Qualitätszirkeln zu den Themen:**

- Zur Verbesserung der klinischen Abläufe und Steigerung der Behandlungsqualität wurden in unserer Klinik Standards, Behandlungsleitlinien und multiprofessionelle Behandlungspfade etabliert und einer regelmäßigen Überprüfung / Aktualisierung unterworfen,
- regelmäßiger Erfahrungsaustausch der Klinikärzte und niedergelassenen Ärzten (z.B. im Rahmen der „Klinischen Visite“ und des Hausärztetreffs),
- Erstellung eines klinikübergreifenden Hygieneplans zusammen mit der ASKLEPIOS Klinik Langen (mit spezifischen Hygieneplänen in den Funktionsabteilungen OP, Endoskopie)
- Optimierung der Betreuung von Angehörigen und Besuchern,
- Einrichtung eines Klinik-Ethikkomitees,
- Umweltmanagement (Benchmarking der Abfallmengen, sowie des Wasser- und Energieverbrauchs in der Klinik mit Maßnahmenableitung).

### **Geplante Maßnahmen im Qualitätsmanagement 2005**

In Bezug auf neue Anforderungen und die Analysen des Jahres 2004 (Qualitätsmanagementbewertung, interne und externe Qualitätssicherungsmaßnahmen, Patientenbefragung, Beschwerdemanagement, interne Qualitätsüberprüfungen), wurden Verbesserungspotentiale formuliert und dokumentiert.

Schwerpunkte sind:

- Anpassung / Aktualisierung der Qualitätspolitik und -ziele,
- Koordinierung aller Arbeitsgruppen zur Vorbereitung auf die geplante KTQ®-Zertifizierung
- Ausbau der Kooperation i.R. des Mammakarzinomes mit der Asklepios Klinik Langen sowie die angestrebte Rezertifizierung der Asklepios Klinik Seligenstadt im Matrixverbund des Südwestdeutschen Brustzentrums (DIN EN ISO 9001:2000)
- Optimierung, Durchführung und Auswertung einer kontinuierlichen Patientenbefragung in der Senologie (Brusterkrankung der Frau) und regelmäßiges Benchmarking mit dem Westdeutsches Brustzentrum (WBC), Düsseldorf,
- Erweiterung der erstellten medizinischen Standards und Leitlinien für jede Fachabteilung (EBM, Evidenz basierte Medizin - nach den geltenden wissenschaftlichen Leitlinien).

## **G Weitergehende Informationen**

Verantwortliche für den Qualitätsbericht:

Verwaltungsleiterin Seligenstadt

- Frau Dagmar Federwisch,  
Tel 06182 / 83 - 8201  
Fax 06182 / 83 - 8100  
Email: d.federwisch@asklepios.com

Geschäftsführer

- Herr Volkmar Bölke,  
Tel 06103 / 912 - 1201  
Fax 06103 / 912 - 1203  
Email: v.boelke@asklepios.com

Ansprechpartner

Ärztlicher Direktor

Chefarzt - Innere Medizin

- Dr. med. Nikos Stergiou  
Tel 06182 / 83 - 83 - 8340  
Fax 06182 / 83 - 83 - 8101  
Email: n.stergiou@asklepios.com

Qualitätsbeauftragter

- Cornel A. Jonczyk
- Tel 06103 / 912 - 1486  
Email: c.jonczyk@asklepios.com

Verantwortlicher für Öffentlichkeitsarbeit der Klinik

Verwaltungsleiterin

- Frau Dagmar Federwisch,
- Tel 06182 / 83 - 8201  
Fax 06182 / 83 - 8100  
Email: d.federwisch@asklepios.com

Ihre Wünsche und Anregungen sind uns wichtig!

Sie können sich mit Ihren Wünschen und Anregungen jedoch auch jederzeit an jeden Mitarbeiter des Hauses wenden. Möchten Sie als Patient oder Angehöriger uns eine schriftliche Mitteilung zukommen lassen können sie zwischen der Möglichkeit einer eMail oder der Verwendung eines Rückmelde und/oder Beschwerdebogens wählen. Ihre Mitteilung wird selbstverständlich vertraulich behandelt und dient dazu unsere Qualität für Sie zu überprüfen und zu verbessern.

#### **Broschüren**

- Unternehmensbroschüre „ASKLEPIOS intern“,
- Patienten / Mitarbeiterzeitung „WIR“
- Fortbildungsprogramm Halbjahr I / II 2004,
- Info- Broschüre zur Hüftarthrose - Patienteninformation,
- Info- Broschüre der Abt. für Allgemein-, Visceral - und Endokrine Chirurgie
- Info- Broschüre des Hebammen-Teams zusammen mit den Belegärzten der Abteilung für
- Geburtshilfe,
- Infobroschüre der Abteilung für Innere Medizin
- Info- Broschüre „Sozialberatung“,
- Info- Broschüre der Krankenhausseelsorge,
- Info- Flyer "Südwestdeutsches Brustzentrum Asklepios-DKD"

#### **Links**

[www.asklepios.com/seligenstadt](http://www.asklepios.com/seligenstadt)  
[www.asklepios.com/brustzentrum](http://www.asklepios.com/brustzentrum)  
<http://www.asklepios.com/langen/>  
[www.bandscheibenvorfall.de](http://www.bandscheibenvorfall.de)  
[www.doktor-feldmann.de](http://www.doktor-feldmann.de)  
[www.endo-trainer.de/ece/german/index.php](http://www.endo-trainer.de/ece/german/index.php)  
[www.orthopaedenpraxis.de](http://www.orthopaedenpraxis.de)  
[www.pro-reha-seligenstadt.de](http://www.pro-reha-seligenstadt.de)  
[www.asklepios.com](http://www.asklepios.com)  
[www.dr-tsolakis.de](http://www.dr-tsolakis.de)

Mail:

- seligenstadt@asklepios.com
- d.federwisch@asklepios.com
- v.boelke@asklepios.com
- c.jonczyk@asklepios.com
- n.stergiou@asklepios.com
- s.schroedter@asklepios.com
- b.orian@asklepios.com